茨城県介護支援専門員実務研修（後期）

個人ワークシート集

茨城県社会福祉協議会

**❏第１４章「実習の振り返り」**

【演習１４－①】

|  |
| --- |
| ・見学・観察実習を通じての気づき |
| ・倫理的課題 |
| ・今後の学習課題 |

**❏第１５－①章「ケアマネジメントの展開　『基礎理解』」**

【演習１５－①（１）】

|  |
| --- |
| ・高齢者を取り巻く背景や特性を挙げてみましょう。 |

|  |
| --- |
| ・それらが高齢者の生活にどのような影響を与えているか考えてみましょう。 |

【演習１５－①（２）】

・人間は、身体・精神・社会の統合体として存在しています。テキストＰ４８の図をもとに、高齢者を支援するため、介護支援専門員に必要な視点は何か考えてみましょう。

|  |  |
| --- | --- |
| 老年症候群 | 介護支援専門員に必要な視点  （知識、技術、姿勢、ネットワークなど） |
| 【身体】  例）同じことを何度も言う | ・認知症に関する知識、権利擁護の視点 |
| 【精神】  例）老いの自覚 | ・高齢期の生理的特徴や心理的特徴の理解 |
| 【社会】  例）家に閉じこもりがち | ・活動と参加の視点、地域の社会資源の把握 |

【演習１５－①（３）】

・入退院時における医療と介護の連携が重要ですが、そのために介護支援専門員が普段から「考えておくべき事柄」や「繋がりを持っておくべき機関や人」について考えてみましょう。

|  |
| --- |
| 【考えておくべき事柄】 |
| 【繋がりを持っておくべき機関や人】 |

**❏第１５－②章「ケアマネジメントの展開　『脳血管疾患に関する事例』」**

【演習１５－②（１）】初期面接相談時の情報収集の視点

・初期相談面接ではどのような点に注意して情報を得る必要があるか、その理由を含めて考えてみよう。

・本人・家族かの聞き取りや場面、主治医・リハビリ担当者・医療ソーシャルワーカーなどからの情報収集の方法についてもまとめてみよう。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 必要な情報・注意点 | 理由（どんな支援に結びつくか） | 収集の方法 |
|  |  |  |

【演習１５－②（２）】アセスメントの視点・情報の整理

・対象者の持てる機能やできている生活行為、できそうなことに気が付こう。

・佐藤剛さんの支援経過②と基本情報に関する項目、主治医意見書、アセスメントに関する項目（チェックポイントシート）の情報を整理し、居宅サービス計画を作成していくうえで、特に自立支援の視点を踏まえて、本人の持てる力や強み、できていること、できそうなことの視点について検討してみよう。

|  |  |
| --- | --- |
| 本人の強み・今現在でもできていること | 良くなっていきそうなポイント  できるようになりそうなこと |
|  |  |

【演習１５－②（３）】課題整理総括表の作成（別添）

・「自立した日常生活の阻害要因」を考えてみましょう。

・「要因※３」に、「現在※２」の状況をもたらしている要因について、「自立した日常生活の阻害要因」欄から選択し、該当する番号を記入しましょう（複数可）。

・「見通し※５」に、「要因」「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と援助が提供されることによって見込まれる事後の状況（目標）を捉えてみましょう。

・「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を抽出し、※６で優先順位を設定しましょう。

**❏第１５－③章「ケアマネジメントの展開　『認知症に関する事例』」**

【演習１５－③（１）】ＩＣＦ思考による情報整理・分析シート（別添）

・青木すずさんは、アルツハイマー型認知症の初期段階であり、自分ではできると思い込んでいることから、家族の対応を不満に思っています。

・「健康状態は生活機能にどのような影響を与えているか？」、「現状が続くことで予測されるリスクは何か？（防ぐべきこと）」【環境】【個人】、「状況を改善するための促進因子は何か？」【環境】【個人】について考えましょう。

【演習１５－③（２）】ニーズ抽出までの思考過程シート（別添）

・顕在化している生活上の困りごとに対して、その困りごとは何が原因となっているか考えましょう。

・潜在化している生活上の困りごとは何でしょう？その困りごとは何が原因となっていますか？。

・本人、家族の希望、要望に対して、それを妨げている原因を考えましょう。

・今後の見通しを立てて、ニーズを考えてみましょう。

【演習１５－③（３）】認知症高齢者の意思決定支援のプロセスについて

・パーソン・センタード・ケアの５つのアプローチとその相互作用の考え方を参考にして、青木すずさんの意思決定支援について考えてみましょう。

|  |  |
| --- | --- |
| ＜本人の思い＞ | |
| 脳の障害 |  |
| 身体的健康 |  |
| 生活歴 |  |
| 性格傾向 |  |
| 社会心理 |  |

どのような意思決定支援を行う必要があるか？

|  |
| --- |
| 例）補聴器を使用しているので、話すスピードに注意し、わかりやすく話す。  　　一緒に家事（調理）を行いながら話を聞く。 |

**❏第１５－④章「ケアマネジメントの展開　『筋・骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例』」**

【演習１５－④（１）】初期面接相談の事前準備の視点

|  |
| --- |
| ・渡辺ふくさんが、変形性膝関節症等のため転倒することが増えてきたことから、介護保険サービスの利用について相談を受けました。しかし、担当することとなった介護支援専門員は、変形性膝関節症の生活上の留意点に関する知識はほとんどありません。このような場合、インテークのために訪問する際は、事前にどのような方法で、どのような知識を備えた上で面接に臨むべきだと思いますか？ |
|  |

【演習１５－④（２）】リスク・予後予測の視点

|  |
| --- |
| ・渡辺ふくさんは、転倒しやすくなり家事ができなくなってきましたが、自宅生活を継続したいと希望しています。仮に、渡辺ふくさんが訪問介護の生活援助サービスだけを希望し、介護支援専門員も本人の言う通りの対応に終始した場合、６ヶ月後にはどのような状態になっていると想定されますか？ |
|  |

【演習１５－④（３）】全体像の把握の視点

|  |
| --- |
| ・渡辺ふくさんは、両変形性膝関節症を発端に廃用症候群になっていると考えられます。テキスト２３８頁の体力低下の悪循環のメカニズムを参考にしながら、渡辺ふくさんが陥っていると思われる悪循環の状況を、図に表してみましょう。 |
|  |

【演習１５－④（４）】活動と参加の視点

|  |
| --- |
| ・渡辺ふくさんが自宅生活を継続するためには、身体機能の向上だけを目的にするだけでは不十分です。前向きな意欲をもってもらうには、どのような提案が考えられますか？ |
|  |

【演習１５－④（５）】多職種協働の視点

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ・渡辺ふくさんの転倒リスクを軽減し、自分でできることを増やすようにして、本人が希望している自宅生活の継続に向けた支援をすることが自立支援です。渡辺ふくさんの支援にあたって、介護支援専門員は、どのような専門職に、どのような相談をすればよいでしょうか？ | | |
| 何のために | 誰に | どんなことを相談するか |
|  |  |  |

**❏第１５－⑤章「ケアマネジメントの展開　『内臓の機能不全に関する事例』」**

【演習１５－⑤（１）】リスクの視点

|  |
| --- |
| ・上原絹子さんは心疾患で治療を続けていますが、このままの生活を続けた場合、３ヶ月後はどのような変化が考えられますか？基本情報に関する項目や主治医意見書、ＩＣＦ分析シート等を参考にしながら考えてみましょう。（テキストＰ３１０～Ｐ３１７参照） |
|  |

【演習１５－⑤（２）】服薬管理の視点①

|  |
| --- |
| ・在宅では薬物療法を治療の基本としつつ、食事や生活習慣の改善も重要です。事例の上原絹子さんは、Ｐ３１９～Ｐ３２２の居宅サービス計画実施後、３ヶ月後評価Ｐ３２５で、短期目標「薬を間違えずに飲むことができる」が、「△：短期目標延長を要する。」となっています。目標を達成できない要因を考えてみましょう。 |
|  |

【演習１５－⑤（３）】服薬管理の視点②

・演習１５－⑤（２）をもとに、目標達成のために必要なサービス内容、種別、頻度を含め、計画の見直し・修正をしましょう。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 短期目標 | サービス内容 | 種別 | 頻度 |
| 薬を間違えずに飲むことができる。 |  |  |  |
| 【修正の根拠】 | | | |

【演習１５－⑤（４）】食事管理の視点

・上原絹子さんの生活習慣を考えるうえで、とくに食事制限を行う必要があります。演習１５－⑤（３）と同様に、短期目標「塩分や水分制限をしながらおいしく食事ができる。」の達成できない要因を考え、サービス内容や種別、頻度を見直してみましょう。

|  |
| --- |
| ＜目標達成できない要因＞ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 短期目標 | サービス内容 | 種別 | 頻度 |
| 塩分や水分制限をしながらおいしく食事ができる。 |  |  |  |
| 【修正の根拠】 | | | |

**❏第１５－⑥章「ケアマネジメントの展開　『看取りに関する事例』」**

【演習１５－⑥（１）】

・利用者が亡くなった後の遺族とのかかわり方を考えてみましょう。

|  |
| --- |
|  |

【演習１５－⑥（２）】

・退院支援にあたって、どのようなことをどのような方法で確認（初回アセスメント）していきますか？

|  |
| --- |
|  |

【演習１５－⑥（３）】

・退院にあたって、本人・家族には、どのような気持ちの揺らぎが生じていると考えますか？

|  |
| --- |
|  |

【演習１５－⑥（４）－①】

・本人（家族）に対する精神的ケアは、誰（チームでもＯＫ）がどのように行えばよいでしょうか。

|  |
| --- |
|  |

【演習１５－⑥（４）－②】

・演習１５－⑥（４）－①を踏まえ、精神的な支援について、Ｐ３７７の「総合的な援助の方針」を再考し、見直し・修正してみましょう。

|  |  |
| --- | --- |
| 総合的な援助の方針 |  |

【演習１５－⑥（５）】

・状態の変化にあたって、どのようなことをどのような方法で確認（再アセスメント）していきますか？

|  |
| --- |
|  |

**❏第１６章「アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習」**

【演習１６－①】全体像を捉える

・事例を読んだうえで、自身で捉えたＥさん像について、まとめてみましょう。

|  |
| --- |
|  |

【演習１６－②－Ａ】ＩＣＦ思考による情報整理・分析シート（別添）

・ＩＣＦ思考による情報整理・分析シートを用いて、「健康状態は生活機能にどのような影響を与えているか？」、「現状が続くことで予測されるリスクは何か？（防ぐべきこと）[環境][個人]」、「状況を改善するための促進因子は何か？[環境][個人]」について、まとめましょう。

【演習１６－②－Ｂ】課題整理総括表（別添）

・課題整理総括表を用いて、「要因」～「改善／維持の可能性」～「見通し」～「ニーズ」～「優先順位」までについて、まとめましょう。

【演習１６－③】居宅サービス計画書（別添）

・ケアプラン原案を作成しましょう。

①第２表を作成しましょう。

②居宅サービス計画書（１）の「総合的な援助の方針」の見直しをしてみましょう。

③第３表を作成しましょう。

【第１６－④】

・上巻Ｐ５２１を参考にして、担当介護支援専門員として、Ｅさんの初回サービス担当者会議をどのように進めていくかを考えてみましょう。（「会議の目的を何にするか」、「課題分析や生活上の課題をどのように説明するか」、「どの専門職からどんな意見をもらうか」などを考えてみましょう。）

|  |
| --- |
|  |

【演習１６－⑤】

・モニタリングの面接に臨むにあたって、介護支援専門員として、事前にサービス事業所等から収集すべき情報について、考えてみましょう。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| モニタリング先 | モニタリングの面接のために事前に収集しておくべき情報 | その理由 |
|  |  |  |

【演習１６－⑥】

・ケアマネジメントプロセスの思考過程のポイントについて振り返り、「課題の有無」、「内容」をまとめ、今後の自己研鑽の道筋を整理しましょう。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振り返り項目 | 課題 | 内容 |
| 初期面接相談に臨むときに、相談内容に応じて事前準備すべき内容を整理できる。 | 有・無 |  |
| 利用者の現在の生活機能（心身機能・身体構造、活動、参加）はどうなっているか。現状の情報整理ができる。 | 有・無 |  |
| 健康状態は生活機能にどのような影響を与えているか、情報分析できる。 | 有・無 |  |
| 環境因子は生活機能にどのような影響を与えているか、情報分析できる。 | 有・無 |  |
| 個人因子は生活機能にどのような影響を与えているか、情報分析できる。 | 有・無 |  |
| 現状が続くことで予測されるリスクは何か、情報分析できる。 | 有・無 |  |
| 状況を改善するための促進因子は何か、情報分析できる。 | 有・無 |  |
| 上記の情報分析に基づいて解決すべき課題を導き出すことができる。 | 有・無 |  |
| 解決すべき課題を解消するための長期目標を設定できる。 | 有・無 |  |
| 長期目標の達成をするための短期目標を設定できる。 | 有・無 |  |
| 短期目標を達成するために必要なサービス内容（フォーマルサービス・インフォーマルサポート）を提案できる。 | 有・無 |  |
| サービス担当者会議で居宅サービス計画作成の根拠の説明と検討すべき論点の説明ができる。 | 有・無 |  |
| モニタリングのために事前にサービス担当者から入手しておくべき情報を整理できる。 | 有・無 |  |